

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 15

Travail de la Clinique de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie
de l'Université de Montpellier (Prof. ESTOR)

LA

TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE

ET SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Octobre 1919

PAR

POUYET (Marius)

Né à La Montgie (Puy-de-Dôme), le 8 décembre 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président*.
DUCAMP, professeur.
GAUSSEL, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919

LA
TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE
ET SON TRAITEMENT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 15

Travail de la Clinique de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie
de l'Université de Montpellier (Prof. ESTOR)

LA

TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE

ET SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Octobre 1919

PAR

POUYET (Marius)

Né à La Montgie (Puy-de-Dôme), le 8 décembre 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, Professeur, *Président*.
DUCAMP, professeur.
GAUSSEL, agrégé.
ETIENNE, agrégé. }

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 3-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEI. (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZHIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VHRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * ✱), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ✱, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ✱), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (* ✱) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, prof., présid^t; DUCAMP, prof. ; GAUSSEL, agrégé ;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON ONCLE
MONSIEUR L'ABBÉ DUPRAT

CURÉ DE SAINT-AMABLE, ARCHIPRÊTRE DE RIOM

A MA TANTE

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail en
témoignage de ma profonde affection
et de mon entière reconnaissance.*

A MON FRÈRE

Très cordialement.

MEIS ET AMICIS

M. POUYET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
GAUSSEL ET ETIENNE

A MES MAÎTRES

M. POUYET.

AVANT-PROPOS

Sur le point de quitter la Faculté, nous tenons à témoigner à nos maîtres le regret que nous éprouvons à nous séparer d'eux et de leur enseignement.

Notre souvenir ému se reporte d'abord sur nos premiers maîtres de l'Ecole de Clermont, et il nous est particulièrement agréable d'associer dans notre reconnaissance : M. le docteur Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand et professeur de clinique chirurgicale, il nous est cher à ces deux titres ; M. le docteur Dionis du Séjour, professeur de médecine opératoire, chirurgien des hôpitaux de Clermont, qui voulut bien nous admettre comme son assistant et nous entourer de ses conseils et de son affection ; M. le docteur Billard, professeur de physiologie, médecin des hôpitaux de Clermont, qui, en nous ouvrant largement l'accès de son laboratoire et de son service, nous trouva auditeur attentif de ses causeries fécondes dans le domaine de la clinique et de la biologie.

Nous ne saurons oublier non plus M. le docteur Buys, professeur d'anatomie, médecin des hôpitaux.

Nous remercions aussi MM. les Chirurgiens et Méde-

VIII

cins des hospices de Perpignan qui furent pour nous des guides éclairés durant l'année 1913 que nous avons passée, avec grand avantage, à l'internat de cette ville.

Quand, de retour des armées, la vieille Faculté montpelliéraine s'ouvrit accueillante aux vieux troupiers que l'armistice lui rendait, nous eûmes la joie et l'honneur de nous presser assidus auprès de la pléiade de ses maîtres éminents dont la guerre avait consacré la distinction et les services rendus. A leur voix se sont éveillés nos souvenirs en latence, à leur exemple et sous leur impulsion ardente renaquit le goût des études interrompues. Notre reconnaissance s'en va toute à ceux qui ont été et resteront nos guides dans notre modeste rôle de praticien.

M. le professeur Estor a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous le prions d'agréer toute notre gratitude.

Nos remerciements s'adressent également à M. le professeur Ducamp et à MM. les professeurs agrégés Gaussel et Etienne qui ont accepté de faire partie du jury de notre thèse.

Nous sommes heureux de remercier sincèrement M. le docteur Aimes, chef de clinique de M. le professeur Estor, qui, après nous avoir inspiré le sujet de notre travail, nous a aidé de ses conseils précieux.

Nous prions également M^{lle} le docteur Sentis d'agréer tous nos remerciements; nous lui devons le dessin d'une touche aussi exacte que brillante que nous reproduisons dans notre thèse.

LA

TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE

ET SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

En nous communiquant deux intéressantes observations de résection du segment iléo-cæcal pour tuberculose, M. le professeur Estor et M. le docteur Aimes ont été les instigateurs de notre thèse ; qu'ils veuillent bien recevoir ici une fois de plus l'expression de notre reconnaissance.

Ne pouvant nous étendre longuement sur les divers chapitres qui ont trait à une importante question de pathologie chirurgicale, nous insisterons surtout sur l'anatomie pathologique et le traitement qui constituent les points essentiels du sujet qui nous intéresse.

Par segment iléo-cæcal on comprend, au point de vue chirurgical, les dix ou quinze derniers centimètres de l'iléon, le cæcum et la partie initiale du côlon ascendant. Il est difficile d'en séparer l'appendice, mais nous ne pouvons envisager à part les manifestations de la tuberculose appendiculaire, aussi ferons-nous un bloc de tous

ces organes, la localisation du processus tuberculeux sur le segment iléo-cæcal en entier étant une maladie assez fréquente dont la forme, le diagnostic et le traitement sont à l'heure actuelle bien connus.

D'ailleurs, s'il existe, quoique moins fréquentes, des tuberculoses appendiculaires, coliques ou iléales isolées, une fois connues et précisées les formes de tuberculose iléo-cæcale, il est facile de déduire les particularités propres à chacune des parties de ce segment du tube digestif lorsqu'elles sont atteintes isolément.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

Appendicite chronique. — Sténose iléo-cæcale de nature tuberculeuse. — Résection du segment iléo-cæcal. — Entérorraphie circulaire. — Guérison.

Germaine X..., 13 ans, de Montpellier, entrée dans le service de M. le professeur Estor le 17 juin 1918.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche dans l'enfance.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père et mère bien portants, quatre frères ou sœurs bien portants, quatre frères morts jeunes de maladies imprécisées.

Début. — A 11 ans, par douleurs abdominales légères s'installant insidieusement sans vraie crise ; depuis n'a jamais cessé de souffrir.

Le 2 juin 1918, l'enfant aurait eu une crise de dou-

leurs abdominales avec vomissements surtout nocturnes. Le 12 juin nouvelle crise.

Depuis la première crise, l'enfant a été tenue au régime des œufs et du lait.

Alternatives de constipation et de diarrhée.

Examen. — Rien à l'inspection de l'abdomen, très légère douleur à la palpation dans la fosse iliaque droite. Langue normale, pas de fièvre.

Opération (le 20 juin 1918). — Incision le long du bord externe du grand droit, incision de Jalaguier comme pour une appendicite. Le péritoine ouvert, on trouve un appendice court et volumineux comparable à la dernière phalange du pouce; au sommet de l'appendice adhère une épaisse frange épiploïque qui est sectionnée entre deux ligatures. L'appendice, très enflammé, est de coloration rouge-brun. Le cæcum n'est pas anormalement dilaté mais, au toucher, il est induré et on a la sensation que sa paroi est le siège d'un néoplasme; on constate en outre que l'extrémité de l'iléon présente un volume anormal.

On pratique alors l'entérectomie au delà de la limite du néoplasme de façon à opérer en tissu sain.

Entérorraphie circulaire, drainage par deux tubes et suture partielle de la paroi.

Le 22 juin 1918, la malade va bien. Température 37°6 le matin. Pouls à 110.

Le 25 juin 1918, premier pansement, on enlève les drains.

Suites opératoires. — Le 4 juillet 1918, fistule stercorale, état général mauvais, diarrhée verte, la fistule dure trois semaines.

Sortie avec état général excellent le 10 août 1918.

Revue en août 1919, très engraisée, état de santé parfait.

Examen macroscopique de la pièce. — Les parois de la partie inférieure du côlon ascendant, du cæcum et de l'appendice sont extrêmement épaissies, dures au toucher. Le maximum d'épaississement se trouve au niveau du bord libre du cæcum. A trois centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, le côlon présente un rétrécissement annulaire admettant le bout du petit doigt. La muqueuse à ce niveau présente des ulcérations taillées à pic, à fond sanguinolent, traversant entièrement la muqueuse. Plus bas cette muqueuse est blanchâtre, recroquevillée mais non ulcérée. L'intestin grêle est sain mais très dilaté. L'appendice, extrêmement augmenté de volume, a les dimensions et la forme d'une noix, il est le siège d'hémorragies en nappe sous-séreuses. L'épiploon, adhérent, entoure complètement l'intestin malade, une incision à son niveau amène sur de nombreux ganglions, jaunâtres, translucides, rénitents, de dimensions d'une noisette environ.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le docteur Aimes)

Tuberculose hypertrophique iléo-cæcale avec amaigrissement considérable. — Résection du segment iléo-cæcal. — Anastomose latéro-latérale. — Guérison.

M^{me} F..., âgée de 33 ans, syphilitique, traitée par des injections de néo-arsénobenzol.

Le *début* de l'affection remonte à septembre 1916 par des vomissements nocturnes avec douleurs et dyspnée. Cette crise, d'une durée de vingt-quatre heures, s'est terminée par une débâcle diarrhéique.

Accalmie de deux mois, puis crises répétées une ou deux fois par mois, crises de coliques avec vomissements, douleurs gastriques, gargouillements et douleurs dans la fosse iliaque droite.

Amaigrissement progressif considérable; les crises se rapprochent de plus en plus et deviennent de plus en plus violentes.

Examen. — Amaigrissement considérable et anémie notable. Depuis le mois de mai 1917 est apparue, dans la fosse iliaque droite, une tumeur en boudin que, grâce à la flaccidité et à l'amaigrissement de la paroi abdominale, on peut très facilement explorer. Cette tumeur est allongée, dure, mate et très sensible. Sa régularité et sa mobilité constituent ses caractères essentiels. La palpation est à peu près indolore.

Opération, le 19 juillet 1917 (Docteur Aimes). — Incision le long du bord externe du grand droit. On tombe sur une volumineuse masse comprenant le cæcum et le segment terminal de l'iléon entourés d'un tissu scléro-lipomateux.

L'iléon, très augmenté de volume, présente non seulement dilatation simple mais encore hypertrophie de ses parois.

Le segment cæcal est réséqué et, après fermeture des deux bouts, le docteur Aimes pratique une entéro-anastomose latéro-latérale. — Lavage du péritoine à l'alcool, suture de la paroi sans drainage.

Shock opératoire considérable; caféine, huile camphrée, sérum.

Suites opératoires. — Réunion *per primam*.

La malade se lève le dix-huitième jour et sort le vingt et unième. La reprise des forces est rapide. Depuis son opération la courbe de poids est régulièrement ascendante : elle a gagné plus de dix kilos (1918). Elle écrit régulièrement (septembre 1919) et signale un état général parfait et des digestions très régulières.

Examen macroscopique de la pièce (Cf. schéma page 22). — Le segment de cæcum enlevé mesure douze centimètres, le segment d'iléon six centimètres.

L'iléon est d'un volume anormal, comparable à un segment de gros intestin ; *fait rare, ses parois sont épaissies*, surtout sa paroi inférieure.

Le cæcum est très volumineux et très épaissi, il est recouvert de grosses franges graisseuses qui lui donnent un aspect villeux. Sa paroi est dure, très épaisse, surtout au niveau de la valvule iléo-cæcale où la lumière intestinale très rétrécie et tortueuse, en S, mesure moins d'un centimètre de largeur (forme sténosante).

Examen microscopique. — Infiltration leucocytaire très intense du tissu conjonctif de la muqueuse qui infiltre la muscularis mucosæ et en dissocie les faisceaux. A ce niveau on trouve des cellules géantes. Par places, dans la couche profonde du chorion de la muqueuse, dans la zone où normalement existent des follicules clos, on voit des amas de substance caséuse qui ont l'air d'être moulés dans la paroi des gros vaisseaux lymphatiques qui entourent les follicules clos et dont la paroi est désorganisée par une infiltration leucocytaire.

HISTORIQUE

C'est sur la forme médicale de la maladie, c'est-à-dire les ulcérations de la muqueuse, que les premiers observateurs ont attiré l'attention. Laënnec vit les rapports qui existaient entre la phtisie et l'entérite bacillaire. Louis, en 1843, constata que le segment iléo-cæcal est le lieu de prédilection pour la localisation de la tuberculose intestinale. Cruveilhier, en 1852, décrit un cas de rétrécissement tuberculeux de l'intestin, et Leudet (de Rouen), en 1859, puis en 1874, fit une étude approfondie des ulcérations et du rétrécissement.

En 1884, Cornil et Ranvier, dans leur *Traité d'anatomie pathologique*, décrivent avec détails la forme hypertrophique de la tuberculose iléo-cæcale avec rétrécissement.

En juillet 1891, Hartmann et Pilliet présentent à la Société anatomique de Paris un cas de tuberculose iléo-cæcale simulant le cancer, et, par la suite, en signalent deux autres cas.

Avec Czerny (1886) et Bouilly (1887) nous entrons dans la période chirurgicale, celle où l'on traite la

tuberculose iléo-cæcale, dans sa forme hypertrophique du moins, comme une tumeur.

A la suite des communications de Hartmann et Pilliet les observations se succèdent. Nous retiendrons surtout l'important travail publié en 1892 par M. le professeur Estor. Ce travail constitue une précieuse contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires du cæcum, question qui, reprise récemment, a fait l'objet en 1911, à la Société de chirurgie, d'une longue discussion suivie d'une série d'importantes publications.

En 1893 paraît la thèse de Benoit (Paris, 1893) sur la tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale, et en 1894 celle de Baillet sur la résection du segment iléo-cæcal.

En 1903, Alglave publie une thèse remarquablement documentée sur la question et la développe dans une série d'articles parus en 1910 dans la Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale.

Citons encore la thèse d'Itié (Montpellier, 1898), celle d'Ignard (Paris, 1914).

On est donc bien placé à l'heure actuelle pour juger la question. Le traitement surtout semble être complètement mis au point et, si les méthodes sont variables, chacune d'elles répond à des cas particuliers.

Étiologie

Nous n'insisterons pas sur le mécanisme de production des lésions, ni sur le mode d'envahissement du bacille de Koch. Le plus souvent la tuberculose iléo-cæcale chirurgicale est primitive et ne s'accompagne pas de lésions pulmonaires. Il en est tout autrement de

la typhlite tuberculeuse médicale déterminée par la déglutition des crachats et accompagnant la phase ultime de la phtisie pulmonaire.

L'âge de prédilection est entre 20 et 40 ans, cependant Alglave et Mauclore ont opéré un enfant âgé de 6 jours, et Curnston (*Annals of surgery*, 1907, p. 770) a réséqué le segment iléo-cæcal chez une femme de 87 ans.

Quoi qu'il en soit, maladie de l'âge moyen, la tuberculose trouve dans ce fait un élément de diagnostic avec le cancer.

Le sexe semble jouer un rôle, les femmes se trouvant plus souvent atteintes.

Quant à la prédilection du bacille de Koch pour cette partie du tube digestif, on l'a expliquée par la stase des matières à ce niveau, stase facilitant la localisation tuberculeuse par la congestion chronique qu'elle détermine. Les infections antérieures (fièvre typhoïde, entérite chronique) agiraient de même.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tuberculose iléo-cæcale se manifeste sous différentes formes que l'on peut grouper dans le cadre suivant :

- 1° Forme granulo-ulcéreuse entérique ;
- 2° Forme de péritonite iléo-cæcale ;
- 3° Forme entéro-péritonéale ulcéro-caséeuse ;
- 4° Forme fibro-adipeuse ou hypertrophique ;
- 5° Forme fibreuse d'emblée ou atrophique ;
- 6° Formes combinées.

I. FORME GRANULO-ULCÉREUSE ENTÉRIQUE. — La valvule iléo-cæcale, par le rétrécissement qu'elle détermine au niveau de l'intestin grêle et par sa disposition anatomique qui la fait s'aboucher à angle droit dans le côlon, impose un ralentissement au cours du contenu intestinal. Le bacille de Koch trouve donc des conditions éminemment favorables pour s'y fixer, d'où la prédilection des ulcérations tuberculeuses pour l'iléo-cæcum que Louis avait remarquée dès 1843. La granulation, ici comme ailleurs, représente le premier terme d'évolution d'une lésion dont le dernier terme est l'ulcération. Tout

le grêle peut être intact et seuls les derniers centimètres de l'iléon atteints.

Nous n'insisterons pas sur l'étendue, le nombre, la confluence de ces ulcérations. Leurs caractères sont ceux des ulcérations bacillaires en général, l'orifice cæcal de l'appendice est leur lieu de prédilection.

Plus ou moins étendues et surtout plus ou moins profondes, ces ulcérations peuvent donner lieu à des hémorragies, mais le cas est rare. Elles évoluent :

1° Soit vers la *cicatrisation* : si l'ulcération était petite il ne restera à la suite qu'une tache pigmentée sans importance ; mais, si elle était étendue, le tissu fibreux inodulaire créera un rétrécissement cicatriciel.

2° Soit vers la *perforation* : l'ulcération gagne en profondeur, jusqu'à la séreuse qu'elle lèse et perce ; mais en général des adhérences ont eu le temps de se former et la péritonite reste localisée. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette évolution vers la perforation en étudiant la forme ulcéro-caséeuse.

11. FORME DE PÉRITONITE ILÉO-CÆCALE. — Nous plaçons cette forme immédiatement après la forme entérique dont elle représente en quelque sorte l'antithèse. Dans cette première forme, en effet, le début des lésions se fait sur la muqueuse ; dans celle-ci, au contraire, c'est la séreuse qui est la première intéressée.

Cette péritonite peut être aiguë, simulant une crise de péritonite appendiculaire, mais le plus souvent elle est chronique et se traduit par des adhérences, par de l'ascite, par de la caséification. Cette forme peut aboutir à la perforation dans l'intestin ou à la fistulisation à l'extérieur.

III. FORME ENTÉRO-PÉRITONÉALE ULCÉRO-CASÉEUSE. —

C'est la résultante de la combinaison des deux formes précédentes ; nous pourrons donc être bref. Suivant que le processus a une tendance à la guérison ou à la caséification, il se produira une péritonite adhésive avec rétrécissement fibreux cicatriciel de l'intestin, ou au contraire des fistules apparaîtront à la paroi et sous les viscères. Les poches purulentes seront parfois assez étendues, mais, comme nous l'avons déjà dit, la tendance aux adhérences de la péritonite tuberculeuse endiguera la portion de péritoine atteinte et la généralisation sera rare. Une fistule cutanée combinée à une perforation donnera souvent naissance à une fistule pyo-stercorale, la poche intermédiaire à l'intestin et à la peau pouvant être inexistante ou au contraire très étendue. Les adhérences pourront arriver à circonscrire des abcès froids péritonéaux qu'aucun symptôme général ne viendra traduire.

IV. — FORME FIBRO-ADIPEUSE OU HYPERTROPHIQUE. —

Signalée par Cornil et Ranvier dès 1884, cette forme est la forme chirurgicale par excellence de la tuberculose iléo-cæcale. Se manifestant par une tumeur, elle a été souvent confondue avec d'autres affections de la région et ce n'est que secondairement que l'on s'est aperçu de la nature bacillaire de la tumeur. L'hypertrophie peut être localisée à l'iléon ou au cæcum ou envahir ces deux organes en même temps que l'appendice, ce qui est le cas dans notre première observation. La muqueuse est lésée, congestionnée, elle présente des plis ; des polypes se trouvent souvent à la surface. Indépendamment de

de ces lésions, on rencontre souvent des ulcérations comme dans la forme entérique que nous avons décrite.

Microscopiquement, on constate une infiltration lymphoïde de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse, il y a peu de follicules tuberculeux dans la plupart des cas.



TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE DE L'ILÉO-CÆCUM

Forme fibro-lipomateuse avec sténose

(Cf. à l'observation II, p. 15, l'examen macroscopique de la pièce.)

la musculieuse est dissociée par l'œdème envahissant la région. Si, au début, on constate par endroits, et en plus ou moins grand nombre suivant les cas, des lésions spécifiques, plus tard ces lésions disparaissent et l'on

se trouve alors en présence d'une hypertrophie que certains qualifient d'inflammatoire. D'autres, au contraire, pensent que la tuberculose hypertrophique du cæcum pourrait être dès le début inflammatoire, c'est-à-dire ne s'accompagner d'aucune lésion spécifique ; c'est la théorie de Poncet.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, cette tuberculose hypertrophique va évoluer et pourra aboutir à l'*ulcération*, à la *perforation*, à la *fistule* même si les éléments tuberculeux évoluent. Dans d'autres cas, au contraire, la région iléo-cæcale est envahie par du tissu adipeux doublant les organes d'un épais matelas : c'est la forme lipomateuse. Dans d'autres encore le tissu fibreux l'emporte, il succède à l'œdème qui, au premier stade, infiltrait et dissociait les tuniques : c'est la forme *fibreuse* qui peut donner des masses énormes, tantôt respectant le calibre de l'intestin emprisonné dans cette coque scléreuse, tantôt rétrécissant son calibre. Dans d'autres cas enfin la forme lipomateuse et la forme scléreuse s'associent, donnant la forme *fibro-lipomateuse* dont le schéma ci-contre fournit un exemple typique.

V. — FORME FIBREUSE D'EMBLÉE, ATROPHIQUE OU STÉNOSANTE. — Assez rare, elle se manifeste par une réaction scléreuse intense de l'intestin portant sur une étendue minime en général. Il en résulte un rétrécissement. L'iléon est le siège de prédilection de cette variété.

VI. — FORMES COMBINÉES. — Les différentes modalités de lésions tuberculeuses du segment iléo-cæcal que nous venons de décrire ne se retrouvent pas toujours à l'état pur. Nous avons déjà vu que la combi-

naison de la forme entérique à la forme péritonéale donnait la forme entéro-péritonéale. De même la forme hypertrophique peut s'accompagner de lésions entériques très marquées ou, au contraire, de lésions péritonéales. Le tableau clinique changera d'autant plus que l'on connaît la tendance qu'a le bacille de Koch cantonné dans l'économie à se réveiller à la moindre cause favorisante.

Une lésion est commune aux différentes variétés que nous venons d'étudier: c'est le rétrécissement iléo-cæcal; aussi allons-nous envisager maintenant ses divers modes de production.

Le **rétrécissement** est une affection des sujets jeunes comme la tuberculose iléo-cæcale en général. Il siège rarement sur le cæcum, les derniers centimètres de l'iléon et la valvule iléo-cæcale notamment sont ses lieux de prédilection. On peut constater la présence d'un ou de plusieurs rétrécissements et, comme pour toutes les sténoses, nous pourrions en décrire, sans aucun intérêt d'ailleurs, des formes circulaires, demi-circulaires, étendues, localisées, etc., toutes se voient. La variété la plus commune est le rétrécissement circulaire dû à la cicatrisation d'ulcérations intestinales.

Toutes les ulcérations, d'ailleurs, ne se terminent pas par la sténose et l'on trouve souvent à l'autopsie des tuberculeux de souples cicatrices pigmentées. Mais si l'ulcération est profonde, si surtout elle se rencontre chez un tuberculeux chronique à tendance scléreuse, elle pourra évoluer vers la sténose par sclérose; aussi peut-on encore trouver des ulcérations en voie d'évolution sous un rétrécissement cicatriciel qui témoigne de la tendance fibreuse de la cicatrisation. En général, le

rétrécissement cicatriciel est annulaire, c'est-à-dire serré et peu étendu, se traduisant extérieurement par un aspect nacré de la séreuse. Au-dessus du rétrécissement, l'intestin se dilate par suite de la distension créée par la gêne à la circulation; les parois s'hypertrophient; le spasme au niveau de l'intestin comme au niveau de l'œsophage vient jouer son rôle. En cas d'ulcérations surtout, la sténose sera accrue par la contracture des muscles juxta-sténosiques de la paroi intestinale. Ce facteur est donc très important à apprécier dans l'élément stase des matières.

Contrairement au rétrécissement cicatriciel que nous venons d'étudier, le *rétrécissement hypertrophique* est le plus souvent étendu; le premier est annulaire, le second canaliculaire. Son mécanisme est différent, la sténose se produit par suite de l'augmentation de volume concentrique des parois intestinales. Nous avons déjà dit que la forme hypertrophique ne gênait en général nullement les fonctions intestinales, mais cette règle ne s'applique pas à tous les cas. Il faut retenir que la sténose cicatricielle peut y être serrée et étroite, s'accompagner de symptômes d'occlusion avec un minimum de signes à la palpation. Au contraire, la sténose hypertrophique est plus lâche et se traduit extérieurement par une masse volumineuse qui en imposerait au contraire pour un arrêt total des matières et des gaz. Nous ne faisons que mentionner les rétrécissements extrinsèques dus à une bride péritonéale coudant l'intestin, ils sont l'apanage de la forme péritonéale.

Lésions des organes voisins. — Dans la forme entérique ces lésions sont rares, comme nous l'avons déjà vu. Des adhérences se produisent avec l'épiploon, la vessie, les annexes chez la femme; l'opération sera sou-

vent difficile du fait de ces brides fibreuses soudant en un seul bloc les annexes droites et le cæcum. Il peut aussi se produire des fistules vésicales, rectales, vaginales.

Adénopathies. — Les ganglions sont plus ou moins atteints, suivant les cas. Telle petite ulcération de l'iléon donnera d'énormes ganglions, telle tuberculose hypertrophique, au contraire, ne s'accompagnera d'aucun envahissement. Ce que l'on croira à la palpation faire partie intégrante de la tumeur ne sera souvent qu'une grosse masse ganglionnaire adhérente. Ces ganglions siègent dans le mésentère, le long des vaisseaux coliques, des vaisseaux iliaques, etc., ils semblent prédominer dans la forme ulcéreuse, car alors la porte est ouverte à tous les microbes d'infection secondaire, partis de la muqueuse intestinale. Leur existence est importante à connaître, car leur ablation s'impose comme complément de toute intervention bien conduite.

Lésions prédominant sur une portion du segment iléo-cæcal. — Les dégâts que nous venons de décrire s'appliquent en bloc à l'iléon, au cæcum et même à l'appendice ; nous avons dit dans notre introduction que nous laisserions complètement de côté les lésions de l'appendice, à cause de leur allure un peu particulière. L'iléon et le cæcum peuvent être isolément atteints : au niveau du cæcum, l'hypertrophie est la forme dominante ; au niveau de l'iléon, au contraire, ce qu'on observe le plus fréquemment, c'est le rétrécissement, mais ces deux règles n'ont rien d'absolu.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La **symptomatologie** est très variable suivant les formes et l'on comprend qu'il n'y ait aucune ressemblance par exemple entre la forme entérique et la forme hypertrophique de la maladie. Nous conserverons donc, pour mettre de l'ordre dans la description, les variétés que nous avons envisagées au point de vue anatomopathologique.

I. — FORME GRANULO-ULCÉREUSE ENTÉRIQUE. — C'est la forme médicale se manifestant surtout par deux symptômes : la douleur et la diarrhée.

La *douleur* peut être continue ou survenir par crises lors du passage du bol intestinal au niveau des ulcérations. Son siège maximum est dans la fosse iliaque droite. Elle est spontanée et la palpation détermine plutôt une sensation de gêne chez le malade qu'une douleur à proprement parler.

Les selles sont fréquentes, la *diarrhée* est la règle, on peut observer dans quelques cas du mœlena.

II. — FORME DE PÉRITONITE ILÉO-CÆCALE. — Elle peut succéder à une péritonite généralisée avec ascite : dans

ce cas le diagnostic avec les commémoratifs est assez facile ; ou bien elle s'installe d'emblée et alors elle donnera la sensation d'un plastron d'appendicite.

III. — FORME ENTÉRO-PÉRITONÉALE ULCÉRO-CASÉEUSE. —

Dans cette forme, les symptômes de la variété ulcéreuse simple se surajoutent à ceux donnés par la péritonite. Mais, alors que les abcès et les fistules ne sont pas l'apanage de la forme péritonéale pure qui reste le plus souvent adhésive sans tendance à la fistulisation, la forme ulcéro-caséeuse au contraire, en plus de la diarrhée et des douleurs, se traduit par de l'empâtement à la palpation. Les différentes zones de ce plastron sont de consistance inégale et la lésion s'étend parfois jusqu'au foie en haut, jusqu'à la vessie en bas.

La *perforation intestinale*, les *abcès pyo-caséux*, les *fistules stercorales*, la *sténose*, la *généralisation* de la péritonite sont les complications les plus fréquentes de cette forme dont le pronostic est grave.

IV. — FORME FIBRO-ADIPEUSE OU HYPERTROPHIQUE. —

Admirablement décrite dans la thèse de Benoit (Paris, 1893), la symptomatologie de cette forme est souvent uniquement objective. Un symptôme y est capital : la *tumeur*. Elle siège dans la fosse iliaque droite. Lisse ou bosselée, de consistance toujours dure, cette tumeur a une topographie variable suivant qu'elle prédomine au niveau de l'iléon ou du cæcum ; suivant sa localisation maxima, elle sera également plus ou moins mobile. Cette tumeur peut s'accompagner de phénomènes digestifs, mais nous avons vu que les lésions d'entérite sont souvent nulles ; elle peut s'accompagner de phénomènes de sténose, mais ici encore nous savons que le rétrécisse-

ment n'est pas le compagnon obligatoire de la forme hypertrophique.

La *douleur* est vague ou survient par crises en cas de sténose. C'est dire qu'il ne faut pas trop tabler sur des symptômes nets dans cette forme. Un signe est constant : la *tumeur* ; mais les phénomènes d'entérite et de sténose pouvant faire totalement défaut, le tableau symptomatique peut être privé de tout autre signe.

La forme hypertrophique peut se fistuliser et on retombe alors dans la symptomatologie de la forme ulcéro-caséuse.

L'état général est parfois très atteint ; tout d'abord les phénomènes de sténose peuvent amener une cachexie marquée et ensuite l'envahissement de l'organisme se produire, mais il est des tuberculoses hypertrophiques sans rétrécissement et sans lésions pulmonaires qui sont compatibles avec un état général excellent.

Nous ne ferons que mentionner les adénopathies que l'on peut rencontrer dans toutes les formes et dont les symptômes se surajoutent à ceux de la tumeur pouvant la masquer dans certains cas.

V. — FORME FIBREUSE D'EMBLÉE ET STÉNOSANTE. — Cette forme, qui ne s'accompagne pas de tumeur, ne se traduit souvent aussi par aucun symptôme d'entérite mais prend les allures cliniques d'un rétrécissement. Nous décrirons donc sa symptomatologie dans un chapitre spécial que nous consacrerons aux sténoses dans la tuberculose iléo-cæcale, puisqu'il va sans dire que ces sténoses ne sont pas propres à la forme sténosante mais se rencontrent dans toutes les formes de tuberculose iléo-cæcale aboutissant à un rétrécissement par un mécanisme quelconque.

SYMPTÔMES DU RÉTRÉCISSEMENT ILÉO-CÆCAL PAR TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE. — Le début peut être brusque mais c'est l'exception car il faut, pour qu'il en soit ainsi, que l'élément spasme se surajoute à l'élément sténose lésionnelle. Le calibre de l'intestin ne saurait en effet s'effacer subitement.

Le plus souvent le début est insidieux, il se traduit par divers symptômes.

La *constipation*, masquée d'ordinaire par la diarrhée que déterminent les ulcérations de la muqueuse ; aux périodes de constipation font suite des périodes de débâcle.

Les *coliques* survenant trois ou quatre heures après le repas lorsque les masses alimentaires franchissent la valvule de Bauhin. Elles sont dues au spasme intestinal et aux contractions du conduit en amont de la lésion, elles cessent lorsque l'obstacle est vaincu.

A l'inspection, on constate sur le jéjuno-iléon des *mouvements péristaltiques* à jour frisant et chez les sujets maigres. Il existe en même temps du *météorisme* et le ventre est saillant en son milieu, aplati sur les côtés.

Les *gargouillements* sont dus au passage des matières et des gaz au niveau du rétrécissement, et dans ce cas ils coïncident le plus souvent avec la fin d'une crise de coliques.

Cet ensemble de symptômes :

Coliques douloureuses ;

Péristaltisme avec météorisme en avant de la lésion ;

Bruits anormaux ;

Débâcles fécales et gazeuses.

constitue le *syndrome de Kænig*.

On peut provoquer du gargouillement et du *clapote-*

ment dans le segment intestinal sus-lésionnel en déprimant brusquement la paroi ou en agitant l'abdomen du malade.

Enfin la *radioscopie* du tube digestif permet de constater des signes de sténose localisée au segment iléo-cæcal. On peut même, en cas de rétrécissements multiples, faire un diagnostic pré-opératoire.

A ces crises d'*obstruction lente* succède un jour la crise d'*occlusion aiguë* sur les symptômes de laquelle nous ne nous appesantirons pas.

Les signes généraux de tuberculose, indépendamment de l'amaigrissement dont nous avons déjà parlé, n'ont rien de particulier lorsque les lésions pulmonaires coexistent avec la lésion intestinale, mais nous avons vu que c'était là l'exception.

Diagnostic. — Nous allons l'envisager rapidement dans les différentes formes.

I. — FORME GRANULO-ULCÉREUSE. — Les douleurs et la diarrhée survenant chez un sujet sans autres localisations tuberculeuses se rencontrent également dans la dysenterie, les néoplasmes au début, les entérites banales. La recherche du bacille de Koch dans les selles pourra seule permettre de porter un diagnostic exact.

II. — FORME PÉRITONÉALE. — Elle sera confondue le plus souvent avec un plastron d'appendicite.

III. — FORME ULCÉRO-CASÉEUSE. — C'est à son sujet que se pose la question du diagnostic des fistules ; elles peuvent être d'origine ostéopathique, le cathétérisme

et la radioscopie seront alors deux moyens d'exploration indispensables à employer.

Le diagnostic sera particulièrement difficile dans le cas où la fistule siège au périnée (cas de Laroyenne et Polosson) ; l'injection de pâte bismuthée dans le trajet, suivie d'une radioscopie, sera alors le seul moyen de remonter à l'origine du trajet.

Les fistules d'origines appendiculaire, vésiculaire, diverticulaire seront éliminées par l'examen du pus et les antécédents.

IV. — TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE. — S'il y a des signes intestinaux, le diagnostic le plus difficile est à faire avec le *cancer*.

L'épithélioma s'accompagne de mélena, c'est une maladie des sujets âgés, l'état général est plus atteint ; mais seule la constatation du bacille de Koch dans les matières permettra, au début du moins, de différencier les deux maladies.

Le sarcome, les adénomes, les polypes, les myomes, la syphilis seront presque toujours impossibles à différencier.

En l'absence de signes intestinaux, le diagnostic sera rendu encore plus difficile, car on devra successivement envisager toutes les tumeurs de la fosse iliaque sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre. Les adhérences avec les annexes chez la femme pourront faire errer le diagnostic, en fusionnant dans une même masse le cæcum, l'iléon et l'utérus.

Nous ne pouvons insister sur le diagnostic du rétrécissement et de la crise d'occlusion aiguë, ce qui nous obligerait à passer en revue toute la pathologie chi-

rurgicale abdominale. Disons seulement que la radioscopie employée systématiquement avant toute intervention donnera de précieux renseignements sur le siège et les dimensions de la sténose, et surtout sur l'état de dilatation de l'intestin sus-jacent.

TRAITEMENT

Le traitement de choix de la tuberculose iléo-cæcale consiste dans la *résection du segment iléo-cæcal*, c'est celui qui a été employé avec le succès le plus complet dans les deux observations que nous rapportons au début de notre travail. Ce traitement ne convient pas cependant à tous les cas, et nous décrivons aussi une série d'opérations, moins idéales sans doute, mais auxquelles le chirurgien sera souvent obligé d'avoir recours.

Indications de la résection. — Elle ne saurait évidemment s'appliquer à la forme entérique ou péritonéale pure. A la forme entérique convient le traitement médical. A la forme péritonéale s'adressent l'héliothérapie et les toniques ; la *laparotomie exploratrice* a, dans quelques cas purs de cette forme, donné des succès, mais on ne saurait escompter de cette intervention la guérison de lésions profondes, bien qu'on ait signalé quelques cas d'amélioration de tuberculose hypertrophique par ce mode opératoire.

La résection du segment iléo-cæcal reste donc le procédé de choix dans la cure de la tuberculose hypertro-

phique de ce segment ; c'est également celui qui convient aux cas de sténose fibreuse, en dehors évidemment des crises d'occlusion aiguë.

Les *contre-indications* se tirent de l'état général d'abord, elles se tirent ensuite de l'état local ; les fistules multiples, les adhérences trop nombreuses, les abcès de péritonite localisée s'opposeront souvent à ce traitement.

Technique. — Pratiquée pour la première fois par Kraussold, en 1879, pour un cancer du rectum, elle a fait, en 1894, le sujet de la thèse de Baillet, inspirée par Hartmann.

Les *soins pré-opératoires* ont une très grande importance, comme dans toutes les opérations portant sur le tube digestif ; il faut obtenir sa vacuité par des purgatifs doux et des lavements. La diète lactée sera appliquée dans les trois ou quatre jours qui précèdent l'intervention, et la veille même il sera bon de mettre le malade à la diète hydrique pour réduire au minimum le contenu de son intestin.

La *position* en déclive, de manière à dégager la région de la fosse iliaque qui est la zone opératoire. Un coussin placé sous la fosse iliaque externe fera saillir encore davantage le cæcum et, inclinant le malade sur le côté gauche, mettra mieux à jour les organes sur lesquels on intervient.

L'*incision* pourra être médiane ou latérale sur le bord externe du droit ; on pourrait encore la faire transmusculaire à travers la paroi et au-dessus de l'arcade crurale, mais la meilleure et la plus anatomique, celle qui donne l'accès le plus direct et qui expose le moins aux éventrations, est l'incision latérale sur le bord externe du grand droit. Cependant, quand les lésions iléales prédominent,

on pourra être amené à inciser sur la ligne médiane ; On pratique ensuite la libération et l'extériorisation du segment iléo-cæcal, l'iléon vient en général facilement et les adhérences peu nombreuses sont aisément détruites. Le cæcum est libre ou adhérent suivant les cas : s'il est libre, on l'extériorise facilement ; s'il est adhérent ou si la partie inférieure du côlon ascendant est atteinte en même temps que lui, ce qui est le cas le plus fréquent, on le décolle de la paroi par le procédé de Pierre Duval.

Toutes ces manœuvres doivent être pratiquées après une protection soigneuse, par des compresses, du reste de la cavité péritonéale.

Nous ne parlons pas de l'appendice qui vient facilement avec le segment iléo-cæcal et sera enlevé avec lui.

On passe ensuite à la résection proprement dite. Elle doit porter loin des tissus malades afin d'être bien sûr de suturer des tranches intestinales saines, exemptes de lésions non perceptibles mais réelles. On évitera ainsi les échecs, parfois la mort.

Les techniques ne manquent pas pour traiter les moignons intestinaux, l'important est de ne pas léser la vitalité des extrémités distales qui sont destinées à être suturées. On peut pratiquer l'écrasement du trait de section, la suture sur une pince que l'on retire ensuite (Roguihau). On peut aussi placer deux pinces à mors souples sur les extrémités à conserver, deux pinces de Kocher en dedans des deux précédentes sur le segment à enlever ; on incise l'intestin dans le centimètre situé entre les deux pinces, un coup de compresse essuie rapidement le peu de liquide intestinal qui s'échappe et on suture par deux surjets les extrémités conservées du tube digestif.

Sitôt le moignon enfoui, on retire la pince à coprostase, ceci dans le cas de suture latéro-latérale.

Dans le cas au contraire de suture termino-terminale, les deux pinces à mors souples serviront à amener au contact les deux tranches de section.

Le segment iléo-cæcal limité par les deux pinces de Kocher sera enlevé avant de pratiquer la suture intestinale, il sera enlevé avec son mésentère et avec les ganglions qu'il contient. Si on sent des masses ganglionnaires, on les extirpera aussi complètement que possible. La section des vaisseaux mésentériques sera pratiquée de manière à ne pas compromettre la vitalité de l'intestin ; le décollement pariéto-colique de Pierre Duval permet de libérer complètement, par le passage de la main en arrière du côlon, ce dernier organe et son mésentère de la paroi abdominale postérieure.

Nous avons dit plus haut que l'anastomose pratiquée après l'extirpation du segment iléo-cæcal serait de préférence latéro-latérale. Elle est en effet d'une exécution plus facile, le calibre des deux extrémités étant le plus souvent différent. Il n'y a rien à craindre de la présence des deux culs-de-sac intestinaux qu'elle laisse.

Les lèvres du mésentère sont ensuite suturées et la partie du côlon ascendant, décollée au cours de l'exteriorisation, sera suturée également pour éviter la production de hernies internes à ce niveau.

Sur quelle partie du côlon faut-il faire porter l'anastomose ?

Afin d'utiliser au maximum le gros intestin dont le rôle physiologique est considérable au point de vue digestif, le mieux est de pratiquer l'abouchement des deux extrémités le plus près possible de la section colique. Il faut toujours, bien entendu, respecter l'iso-péristaltisme,

et nous avons vu que la petite poche colique restant au-dessous de l'anastomose n'avait aucune importance. Toutefois, dans les cas de lésions possibles du côlon, on peut être amené à pratiquer l'abouchement plus loin.

Pratique-t-on l'*iléo-sigmoïdostomie* ? Il en résulte le passage direct pour ainsi dire du contenu du grêle dans le rectum. La diarrhée, incoërcible et une dénutrition rapide sont le résultat de l'opération. Aussi, dans les cas où l'on ne pratiquera pas l'abouchement des deux extrémités de l'intestin aussi près que possible des tranches de section, devra-t-on faire porter l'anastomose sur la partie haute du côlon ascendant ou sur la partie initiale du côlon transverse.

L'opération sera terminée, en rabattant l'épiploon au-devant de la région et en drainant au point déclive. Les drains seront retirés aussi rapidement que possible, s'il n'y a pas de température.

La technique que nous venons de décrire pour la résection totale du segment iléo-cæcal s'applique avec des modifications aux *résections partielles*, il est donc inutile que nous y insistions. Nous laissons notamment complètement de côté l'appendicostomie simple et l'ablation isolée de ganglions iléo-cæcaux.

Le segment iléo-cæcal est-il trop adhérent, l'état général ne permet-il pas une intervention de longue durée ? On pourra alors être amené à pratiquer une simple *anostomose iléo-colique*. Le temps de l'extirpation de la portion malade sera ainsi supprimé et les mêmes considérations qui ont déjà été exposées sur le lieu de l'anastomose gardent encore ici leur valeur.

Cependant le repos auquel on soumet ainsi la partie malade n'est pas absolu et une partie des matières continuera à suivre son circuit normal. Ce n'est que lorsqu'il

existe un rétrécissement serré du segment iléo-cæcal que la bouche artificiellement créée servira de voie de dérivation totale. De même, lorsqu'on pratique une gastro-entérostomie pour lésions du pylore, le contenu gastrique passe encore en partie par les voies normales si la sténose est incomplète, il y passe au contraire totalement si la sténose est ou devient totale.

Cette anastomose simple a parfois d'heureux résultats et peut amener la guérison. Elle pare en tout cas aux accidents les plus graves, à la sténose tout particulièrement, et permet, une fois l'état général et l'état local améliorés, d'intervenir secondairement pour réséquer le segment lésé. C'est précisément parce que, lors du premier temps opératoire, le chirurgien ne peut savoir si une intervention secondaire sera ou non nécessaire, que nous croyons devoir attirer à nouveau l'attention sur le lieu où portera l'anastomose : on devra la pratiquer le plus près possible des tissus malades, sur le côlon transverse au moins. Ainsi restera utilisée la majeure partie du gros intestin, si ultérieurement on pratique l'ablation de l'iléo-cæcum malade.

Les lésions sont-elles trop avancées sur le segment iléo-cæcal pour permettre une entéro-anastomose simple et s'opposent-elles d'autre part à l'ablation totale ?

Dans ces cas on pourra pratiquer *l'exclusion uni ou bilatérale du segment iléo-cæcal*. Nous ne reviendrons pas sur la technique et les règles de l'anastomose, elles sont toujours les mêmes. Mais il semble qu'une fois les deux extrémités de l'intestin anastomosées, on pourrait abandonner dans l'abdomen le segment malade. Complètement mis au repos, soustrait à tout passage de matières, il serait ainsi dans les meilleures conditions

de guérison. L'anastomose simple sans exclusion ne met en effet que partiellement au repos la partie atteinte.

L'expérience prouve qu'abandonné ainsi à lui-même dans l'abdomen, un segment intestinal se comporte comme un véritable abcès ; en cavité close, son contenu devient terriblement toxique. Il faut donc aboucher à la peau au moins l'un des deux orifices. C'est pour cela que l'exclusion peut être *uni ou bilatérale*. Dans l'*exclusion unilatérale* on abouche la partie inférieure du segment malade, ce sera donc l'iléon. Par cet orifice le contenu s'écoulera, des lavages pourront être pratiqués. Y a-t-il sténose, lésions graves, etc. ? Cette exclusion unilatérale ne suffit pas, on pratiquera alors l'*exclusion bilatérale* abouchant à la peau l'extrémité supérieure, c'est-à-dire le côlon ascendant ou transverse, en même temps que l'extrémité inférieure. La désinfection de la partie malade pourra être pratiquée alors dans toute son étendue, des topiques pouvant être injectés, et on pourra ultérieurement pratiquer la résection du segment iléo-cæcal ; cette condition demeure en effet la condition de toute guérison définitive et sans infirmité.

La résection avec exclusion est le procédé de choix du traitement des tuberculoses iléo-cæcales fistulisées. A la suite de l'intervention, les fistules peuvent s'aveugler, le segment malade s'atrophie et on peut ultérieurement pratiquer son ablation.

L'*anus contre nature* pratiqué comme traitement de la tuberculose iléo-cæcale en dehors des crises d'occlusion n'est qu'un procédé déplorable. Les anus du grêle en effet amènent une dénutrition rapide ne permettant qu'une survie de quelques mois ou de quelques années. Il n'en est pas de même en cas d'occlusion aiguë ; il est rare en effet qu'en présence d'une crise d'occlusion

l'état général soit assez satisfaisant pour permettre au chirurgien l'exécution de l'un des procédés opératoires que nous venons de décrire, ce serait s'exposer à des désastres. On courra donc au plus pressé, c'est-à-dire aux phénomènes d'intoxication, à la paralysie des tuniques, aux douleurs par un anus du grêle. Les phénomènes s'amenderont, et, dès que l'état général le permettra, on pratiquera alors une des interventions que nous venons de décrire.

Les *résultats* de ces différents procédés sont fonction de facteurs multiples : état du malade, technique, soins pré ou post-opératoires. Aussi ne peut-on tabler sur les statistiques d'Alglave qui donnent une mortalité opératoire de 10 p. 100 dans les cas de résection iléo-cæcale.

Il faudrait suivre les malades à distance, ce qui est souvent une chose impossible ; enfin les résultats défavorables ne sont pas en général publiés.

Il est à reconnaître toutefois que de grands pas ont été faits dans le traitement d'une maladie qui, abandonnée à elle-même, aboutirait forcément à la mort.

CONCLUSIONS

Comme conclusions de notre étude, nous croyons bon de résumer dans un tableau rapide les indications du traitement dans les différentes formes de tuberculose iléo-cæcale.

I. — *Tuberculose iléo-cæcale à forme entérique :*
Traitement médical.

II. — *Tuberculose iléo-cæcale à forme péritonéale :*
Héliothérapie. Traitement général et, dans la forme ascitique, laparotomie simple.

III. — *Tuberculose hypertrophique non fistulisée, avec ou sans rétrécissement. — Tuberculose sténosante et bon état général.*

Résection du segment iléo-cæcal.

IV. — *Tuberculose iléo-cæcale très adhérente. — Tuberculose à limites incertaines. — Sujets âgés :*
Anastomose iléo-colique.

V. — *Tuberculose fistulisée :*

Exclusion uni ou bilatérale, ce dernier mode étant le meilleur.

L'anastomose iléo-colique et l'exclusion seront suivies, lorsque l'état général et l'état local le permettront, d'une résection iléo-cæcale.

VI. — *Toutes les formes en état d'occlusion aiguë :*

Anus contre nature de la terminaison du grêle.

Cette opération sera suivie, dès que les phénomènes se seront amendés, d'une anastomose iléo-colique accompagnée de résection ou d'exclusion.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 27 septembre 1919.

P^r le Recteur,
Le Doyen délégué,
MAIRET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 27 septembre 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — La tuberculose du segment iléo-cæcal de l'intestin (Thèse Paris, 1903).
- Même sujet : Quatre articles de la Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, t. XIV, n^{os} janvier, février, avril, mai 1910.
- BENOIT. — Tuberculose chronique de la région iléo-cæcale (Thèse Paris, 1893).
- BÉRARD et ALAMARTINE. — Appendice et tuberculose (Lyon chirurgical, t. IX, mai 1913).
- BIER, KATZENSTEIN, EWALD, HOLLANDER. — Tuberculose iléo-cæcale (Société Hafeland. Berlin, 12 novembre 1908).
- BONAMY. — Tuberculose iléo-cæcale. Résection. Anastomose iléo-cæcale (Société des chirurgiens de Paris, 5 mai 1911).
- CALSOLARI. — Trois cas d'ablation du cæcum (La Clinica chirurgica, t. XVIII, 31 janvier 1910).
- CHIAPPINI. — Cancer et tuberculose iléo-colique (La Clinica chirurgica, t. XVII, n^o 4, 30 avril 1909).
- CUNÉO. — Résection du cæcum et du côlon ascendant (Société de chirurgie, 28 mai 1913).
- DEPAGE. — A propos de sept cas de cæcostomie suivis de guérison (Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, t. XXIII, n^o 9, 30 octobre 1913).
- DEMOULIN. — La tuberculose iléo-cæcale (Rapport au Congrès de l'Association française de chirurgie. Paris, 3 septembre 1910).

- DESTERNES. — Présentation d'une radiographie de gros intestin chez un malade soupçonné de typhlite tuberculeuse (Société de radiologie médicale. Paris, 11 octobre 1910).
- ELS. — Tuberculose iléo-cæcale (Beiträge für klenischen Chirurgie, 2 juin 1909).
- EDCHENBACK. — Tuberculose iléo-cæcale (Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 13 décembre 1909).
- ESTOR. — Revue générale sur la tuberculose iléo-cæcale simulant le cancer (Montpellier, 1892. Imprimerie Ch. Boehm).
- FIORI. — Tuberculose hypertrophique du cæcum (Discussion au 22^e Congrès annuel de la Société italienne de chirurgie, 1909).
- GAYET. — Tuberculose hypertrophique de l'appendice (Lyon chirurgical, t. I, n° 3, 1^{er} janvier 1909).
- GESLIN. — Trois cas de tuberculose sténosante du cæcum chez l'enfant (Thèse de Paris, juin 1909).
- GORNOLITSKY. — Un cas de tuberculose hypertrophique du cæcum (Roussky Vrach, 10 janvier 1909).
- GREENE CURNSTON. — Symptômes et traitement de la tuberculose cæcale (The Boston medical and surgical Journal, 17 février 1910).
- GROSS et LUCIEN. — Tuberculose iléo-cæcale (Revue médicale de l'Est, 1^{er} juillet 1909).
- GUINARD. — Tuberculose iléo-cæcale hypertrophique. Résection. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison (Société de chirurgie. Paris, 2 juin 1909).
- GUYOT. — Tuberculose hypertrophique du cæcum avec envahissement de la paroi abdominale. Résection de la moitié droite du gros intestin. Guérison (Gazette hebdomadaire de la Société médicale de Bordeaux, t. XXX, n° 45, 7 novembre 1909).
- HACHE. — Résection d'un cæcum tuberculeux avec guérison maintenue au bout de cinq ans (La Clinique, t. IV, 2 juillet 1909).
- IGNARD. — Tuberculose hypertrophique du grêle (Thèse Paris, 1914).
- ITIÉ. — La tuberculose intestinale hypertrophique (Thèse Montpellier, 1898).

- JALAGUIER. — Tumeur inflammatoire du cæcum (Société de chirurgie. Paris, 30 juillet 1913).
- KAPOSI. — Résection intestinale pour tuberculose cæcale (Berl. klin. Woch., t. XLVIII, 2 janvier 1911).
- LE BRAS. — Tuberculose appendiculaire et appendicite (Thèse Paris, 1910).
- LEGUEU. — Tuberculoses hypertrophiques du cæcum (La Clinique, t. IV, 16 juillet 1909).
- LEICESTER. — Tuberculose appendiculo-cæcale (Surg., Gyn. and Obstetrics, t. VII, décembre 1908).
- MEYER. — Iléo-colostomie et résection du cæcum (Société de chirurgie. New-York, 13 novembre 1912).
- MORONE. — Sur la tuberculose cæcale (Il Morgagni, t. LIV, n° 2, février 1912 et mars 1912).
- MULLER. — Tuberculose de l'appendice (University of Pennsylvania medical Bulletin, t. XXII, n° 3, avril 1909).
- ROGERS. — Tuberculose du cæcum (Surg., Gyn. and Obstetrics, t. VIII, février 1909).
- SCHINDLER. — Deux cas de tuberculose iléo-cæcale (Société de gynécologie. Munich, 20 janvier 1910).
- SCHLECHTENDAHL. — Sur le traitement du moignon dans les opérations sur le cæcum (Deutsch. med. Woch., t. XXXVII, n° 39, 28 septembre 1911).
- SIDORENKO. — Un cas de résection étendue du cæcum et du côlon ascendant (Société des médecins de la marine de Cronstadt, 25 janvier 1910).
- SOULIGOUX. — Tuberculose iléo-cæcale. Exclusion unilatérale du cæcum. Iléo-sigmoïdostomie. Guérison (Société de chirurgie. Paris, 20 novembre 1912).
- TOMACHEROSKY. — Tuberculose du cæcum. Résection du cæcum, du côlon ascendant et d'une partie du transverse (Société russe de chirurgie de Pirogoff, 27 octobre 1910).
- TREF. — Tuberculose du grêle (Montpellier, 1904).
- WALTHER. — Tuberculose du cæcum (Société de chirurgie. Paris, 28 décembre 1910).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
